

P R A C E K A Z U I S T Y C Z N E  
*położnictwo*Ciąża i poród u pacjentki po oszczędzającym  
leczeniu operacyjnym z powodu raka  
endometrioidalnego jajnika – opis przypadkuPregnancy and delivery in a patient with endometrioidal cancer  
of the ovary after conservative surgical treatment – case report

Sikora-Szcześniak Dobrosława, Sikora Wacław

Radomski Szpital Specjalistyczny, Oddział Ginekologiczno-Położniczy

**Streszczenie**

Rak jajnika u młodych kobiet występuje rzadko. Leczenie operacyjne tego schorzenia wiąże się z leczeniem choroby nowotworowej ale także z problemem zachowania funkcji rozrodczej jajnika. W określonych grupach kobiet operacja oszczędzająca płodność u pacjentki chcącej posiadać potomstwo jest wystarczającym i bezpiecznym postępowaniem terapeutycznym.

W pracy przedstawiono przypadek kolejnych ciąż i porodów u pacjentki po leczeniu oszczędzającym z powodu raka endometrioidalnego jajnika.

Słowa kluczowe: **złośliwe nowotwory jajnika / chirurgiczne leczenie oszczędzające /  
/ ciąża / poród /**

**Abstract**

Ovarian cancer is very rarely diagnosed in young women. In such cases surgery is undertaken not only to treat cancer but also to save ovarian procreative functions. In some groups of patients fertility-saving surgery in women who wish to have children later on is a sufficient and safe method.

The following article presents a case of subsequent pregnancies in a patient who had been operated on for endometrioidal cancer of the ovary.

Key words: **malignant ovarian tumors / conservative surgery / pregnancy / delivery /**

**Adres do korespondencji:**

Dobrosława L. Sikora-Szcześniak  
Radomski Szpital Specjalistyczny, Oddział Ginekologiczno-Położniczy  
26-610 Radom, ul. Narutowicza 20  
tel./fax.: +48 48 3615123  
e-mail: grzela71@wp.pl

Otrzymano: **20.06.2010**  
Zaakceptowano do druku: **20.09.2010**

## Wstęp

Nowotwory złośliwe jajnika stanowią około 5,5% wszystkich nowotworów występujących u kobiet w Polsce i około 18% nowotworów narządów płciowych. Najlicniejszą grupę około 85% – stanowią nowotwory nabłonkowe. Natomiast raki endometrioidalne (*adenocarcinoma endometrioides*) stanowią 15-30% wszystkich nowotworów nabłonkowych jajnika [1].

Rak jajnika u młodych kobiet i dziewczynek występuje niezwykle rzadko. Częściej u kobiet w młodym wieku rozpoznawane są zmiany nowotworowe o charakterze łagodnym [2, 3]. Wśród czynników predysponujących wymienia się między innymi czynniki genetyczne. W grupie kobiet z obciążonym wywiadem rodzinnym (gdzie istotne znaczenie przypisuje się zachorowaniom w rodzinie matki) pod względem histologicznym stwierdzano najczęściej gruczolako-torbielaka surowiczego i raka endometrioidalnego [1, 2].

Podstawowym sposobem leczenia raka jajnika jest – w miarę możliwości – radykalny zabieg chirurgiczny, co zależy od zaawansowania klinicznego i histologicznego choroby nowotworowej. Ma on znaczenie terapeutyczne i diagnostyczne [2, 4].

Po zabiegach operacyjnych stosowana jest chemioterapia wielolekowa, oparta w większości na analogach platyny. [2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

Rokowanie w raku jajnika w największym stopniu zależy od zaawansowania klinicznego choroby nowotworowej i typu histologicznego nowotworu [5].

Doniesienia opisujące ciężą u pacjentek po operacjach oszczędzających z powodu nowotworów złośliwych jajnika są nieliczne i w większości są ograniczone do pojedynczych przypadków [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21].

Opis kazuistyczny ciąży po operacjach oszczędzających (przeprowadzonych różnicowo) z powodu nowotworów złośliwych w obu jajnikach przedstawili Mazurek-Kantor J. i wsp. [12].

W licznych publikacjach wykazano, że w ściśle wyselekcjonowanych grupach pacjentek – chcących zachować płodność – możliwe jest postępowanie operacyjne oszczędzające (*fertility sparing surgery* – FSS) z następową ścisłą obserwacją [22, 23, 24, 25].

## Opis przypadku

Pacjentka lat 20 była hospitalizowana w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu w dniu 12.02.2003 r. Pacjentka zgłosiła się z powodu znacznego stopnia utraty masy ciała – obecna masa ciała 39kg, wartość wskaźnika BMI wynosiła zaledwie 15,6.

W wywiadzie od kilku tygodni dolegliwości bólowe w podbrzuszu, szczególnie po stronie lewej. Pierwsza miesiączka w 14 roku życia, następne regularne co 28 dni, trwające 5 dni, miernie obfite, niebolesne. Ostatnia miesiączka 22.01.2003 roku. Dotychczas rodziła 1 raz w wieku 19 lat (07.05.2002 r.) drogami i siłami natury – płód płci męskiej o masie ciała 3160g, w stanie ogólnym dobrym.

W badaniu ginekologicznym krocze i srom jak u kobiety, która rodziła. Część pochwowa walcowata, ujście zewnętrzne zamknięte, sklepienia wklęsłe, nadzjerka części pochwowej. Trzon macicy w przodozgięciu zwykłej wielkości. Zatokę Douglasa i podbrzusze wypełnia nieruchomy sprężysty guz, bolesny przy badaniu, sięgający pępka o wymiarach 14x10cm.

Badanie markerów: CA 125 – 2672,8U/ml (norma do 35U/ml), CEA – 1,3ng/ml (norma do 2,5ng/ml).

Opcję oszczędzającego leczenia operacyjnego omówiono i uzgodniono z chorą; operowana w dniu 20.02.2003 r. Jamę brzuszną otworzono z cięcia pośrodkowego dolnego i stwierdzono: trzon macicy w przodozgięciu, prawidłowej wielkości, macicze gładkie. Przydatki prawe niezmienione. W przydatkach lewych stwierdzono guz jajnika o wymiarach 10x12x16cm, o gładkiej torebce, w zroście ze ścianą esicy, wypełniający zatokę Douglasa. Pozostałe narządy jamy brzusznej makroskopowo i palpacyjnie niezmienione. Węzły chłonne biodrowe i okołoaortalne palpacyjnie niepowiększone. Pobrano płyn z jamy otrzewnowej i wymazy spod kopuły przepony do badania cytologicznego. Następnie usunięto przydatki lewe, do badania histopatologicznego przesłano także: wycinek z jajnika prawego, usuniętą sieć większą oraz fragmenty zrostów guza z jelitem grubym.

Wynik badania histopatologicznego: *Cystadenocarcinoma cylindrocellulare endometrioides GII ovarii sinistri*. Zmiana w obrębie torbIELI zapalnie zmienionej na ograniczonej przestrzeni, nie dochodzi do surowicówki jajnika. W pozostałym materiale komórek nowotworowych nie znaleziono – *Cystis follicularis ovarii dextri*.

We wczesnym okresie pooperacyjnym powikłań nie odnotowano. Pacjentka opuściła szpital w 6 dobie po zabiegu operacyjnym.

W dniu 31.03.2003 r. – w czasie konsultacji w Centrum Onkologii w Warszawie – zespołowo ustalono dwie opcje postępowania:

- 1) radykalne leczenie operacyjne, ze względu na niekorzystne czynniki: postać histopatologiczną, stopień dojrzałości nowotworu;
- 2) ścisła obserwacja (badanie ginekologiczne + USG + markery). Ze względu na młody wiek i dokładnie wykonany *staging* w czasie operacji, wdrożenie chemioterapii nie zwiększyłoby marginesu bezpieczeństwa.

Pacjentka podjęła decyzję o poddaniu się ścisłej obserwacji. W ramach nadzoru – po oszczędzającym leczeniu operacyjnym – w dniu 04.06.2003 r. wykonano u pacjentki laparoskopię sprawdzającą typu *second-look*.

W czasie zabiegu uwolniono zrosty macicy z jelitem grubym, pobrano – do badania histopatologicznego wycinki: z otrzewnej ściennej miednicy mniejszej, z jajnika prawego, płyn na komórki nowotworowe z jamy otrzewnowej, wymazy spod kopuły przepony. W badaniach histopatologicznych komórek nowotworowych nie znaleziono. Monitorowanie poziomu markeru CA-125 wykazywało wartości prawidłowe.

Po leczeniu operacyjnym pacjentka rodziła dwukrotnie; drogami i siłami natury. W przebiegu ciąży i porodów powikłań nie odnotowano. Zarówno drugi jak i trzeci poród odbyły się po ukończeniu 38 tygodniu ciąży; kolejno dnia 02.07.2004 r. (noworodek płci żeńskiej, donoszony o masie ciała 2840g, w stanie ogólnym dobrym, Apgar 10) i dnia 05.11.2006 r. (noworodek płci żeńskiej, donoszony o masie ciała 2690g, w stanie ogólnym dobrym).

## Dyskusja

Nowotwory nabłonkowe są rzadkie u pacjentek poniżej 21 roku życia [26]. Rak endometrialny u dziewcząt występuje wyjątkowo rzadko.

Ciąża i poród u pacjentki po oszczędzającym leczeniu operacyjnym...

Byrd [27] opisał ten typ raka u 11-letniej dziewczynki. W dostępnym piśmiennictwie polskim znaleziono jeden opis ciąży i porodu, po oszczędzającym leczeniu operacyjnym raka endometrioidalnego jajnika w stopniu zaawansowania klinicznego IA wg FIGO i stopniu zróżnicowania histologicznego G2 [18].

Uzupełniająca chemioterapia po leczeniu oszczędzającym raka jajnika jest aktualnie przedmiotem sporów [8, 28, 29]. Godna podkreślenia jest obserwacja, że oszczędzające leczenie operacyjne z uzupełniającą chemioterapią nie zwiększają istotnie ryzyka wystąpienia wad wrodzonych płodu [2, 8].

W opisanym przez nas przypadku, a także w obserwowanych przez nas i innych autorów przypadkach nowotworów złośliwych jajnika wcześniejsza ciąża nie zapobiegała rozwojowi raka jajnika jeszcze w młodym, rozrodczym wieku [17, 30].

Nasza pacjentka – po oszczędzającym zabiegu operacyjnym i przedstawieniu jej dwóch opcji leczenia – podjęła decyzję o poddaniu się ścisłej obserwacji. Takie postępowanie umożliwiło jej urodzenie – drogami i siłami natury – kolejnych dwoje zdrowych dzieci. W czasie 7-letniej obserwacji pacjentki – po oszczędzającym leczeniu operacyjnym – nie stwierdzono wznowy procesu nowotworowego, a stężenie markera nowotworowego utrzymywało się w granicach normy.

Przez cały okres – od czasu zabiegu operacyjnego – pacjentka była i pozostaje nadal pod stałym nadzorem poradni onkologicznej.

## Podsumowanie

Dokładne ustalenie w czasie operacji stopnia zaawansowania oraz typu i dojrzałości histologicznej nowotworu warunkuje możliwość oszczędzającego leczenia operacyjnego złośliwych nowotworów jajnika.

Po leczeniu oszczędzającym należy monitorować stan zdrowia pacjentek z zastosowaniem wszystkich dostępnych współcześnie metod. Oszczędzające leczenie operacyjne jest możliwe i celowe u młodych kobiet, którym zależy na zachowaniu płodności oraz jednocześnie są świadome ryzyka wynikającego z takiego postępowania operacyjnego.

- Gurgan T, Salman C, Demirel A. Pregnancy and assisted reproduction techniques in men and women after cancer treatment. *Placenta*. 2008, 29, 152-159.
- Tomaszewska I. Gonada po chemio- i radioterapii. *Gin Prakt*. 1999, 5, 38-42.
- Mazurek-Kantor J, Sawicki W, Śpiwankiewicz B, [i wsp.]. Przebieg ciąży i porodu po operacji raka jajnika prawego oraz wyluszczeniu potworka jajnika lewego – opis przypadku. *Ginekol Pol*. 2003, 74, Supl. 2, 157.
- Studzinski Z, Kaliński S, Filipczak A, [i wsp.]. Ciąża zakończona urodzeniem zdrowego noworodka po leczeniu skojarzonym z powodu rozrodczaka jajnika – opis przypadku klinicznego. *Ginekol Pol*. 1999, 70, 553-557.
- Brewer M, Gershenson D, Herzog C, [et al.]. Outcome and reproductive function after chemotherapy for ovarian dysgerminoma. *J Clin Oncol*. 1999, 17, 2670-2675.
- Mazza D, Pozzi M, Sedati H, [et al.]. Treatment of pure stage one ovarian dysgerminoma In young women. Report of case a review of the literature. *Minerva Gynecol*. 1999, 51, 27-30. Italy.
- Karowicz-Bilińska A, Kowalska-Koprek U, Grzesiak M, [i wsp.]. Ciąża i poród u kobiety po leczeniu raka jajnika – opis przypadku. *Ginekol Pol*. 2002, 73, 364-366.
- Sikora-Szczęśniak D, Sikora W, Szczęśniak G. Ciąża po operacji nowotworu złośliwego jajnika. *Ginekol Pol*. 2003, 74, Supl. 1, 157.
- Niewolin M, Wasielewski A. Ciąża i poród u kobiety po leczeniu chirurgicznym i chemioterapii z powodu raka jajnika. *Ginekol Pol*. 2003, 74, 1476-1480.
- Rzepka-Górska I, Błogowska A, Bedner R, [i wsp.]. Odległe wyniki leczenia złośliwych nowotworów nabłonkowych u dziewcząt. *Gin Prakt*. 2005, 13, 16-19.
- Rzepka-Górska I, Błogowska A, Bedner R, [i wsp.]. Odległe wyniki leczenia złośliwych nowotworów germinalnych i gonadalnych u dziewcząt. *Gin Prakt*. 2005, 13, 20-22.
- Kuś E, Świerczewski A, Estenberg D, [i wsp.]. Przebieg ciąży i porodu u pacjentki po leczeniu oszczędzającym z powodu raka jajnika – opis przypadku. *Ginekol Pol*. 2010, 81, 65-68.
- Li A, Karlan B. Surgical advances in the treatment of ovarian cancer. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2003, 17, 945-956.
- Chan J, Lin Y, Loizzi V, [et al.]. Borderline ovarian tumors in reproductive-age women. Fertility-sparing surgery and outcome. *J Reprod Med*. 2003, 48, 756-760.
- Makarewicz-Olszewska H, Emerich J, Kobierski J. Ewolucja w postępowaniu chirurgicznym w nowotworach jajnika o granicznej złośliwości. *Ginekol Pol*. 2002, 73, 1021-1026.
- Rzepka-Górska I, Błogowska A, Zajaczek S, [i wsp.]. Nowotwory germinalne u dziewcząt i młodych kobiet. *Ginekol Pol*. 2003, 74, 840-846.
- Tsai J, Saigo P, Brown C, [et al.]. Diagnosis, pathology, staging treatment and outcome of epithelial ovarian neoplasia in patients, age <21 years. *Cancer*. 2001, 91, 2065-2070.
- Byrd R. Ovarian endometrioid cancer in an 11 year old girl. *Med Pediatr Oncol*. 1979, 7, 219-224.
- Maltaris T, Beckmann M, Dittrich R. Review. Fertility preservation for young female cancer patients. *In Vivo*. 2009, 23, 123-130.
- Anchezar J, Sardi J, Soderini A. Long-term follow-up results of fertility sparing surgery in patients with epithelial ovarian cancer. *J Surg Oncol*. 2009, 100, 55-58.
- Karowicz-Bilińska A, Kowalska-Koprek U, Grzesiak M, [i wsp.]. Ciąża i poród u kobiety po leczeniu raka jajnika - opis przypadku. *Ginekol Pol*. 2002, 73, 364-366.

## Piśmiennictwo

- Spaczyński M, Sajdak S, Kędzia H, [i wsp.]. Nowotwory jajnika. W: Onkologia ginekologiczna. Red. Spaczyński M. Wrocław: Urban&Partner. 1997, 205-242.
- Markowska J, Mądry R, Markowska A. Rak jajnika. W: Ginekologia onkologiczna. Red. Markowska J, Mądry R. Wrocław: Med. Pharm. Polska. 2008, 175-205.
- Strauss G, Dubraszky V. Nowotwory i inne guzy jajnika. W: Ginekologia praktyczna. Red. Pschyrembel W, Strauss G, Petri E. Warszawa: PZWL, 1994, 386-445.
- Pietrzak P, Powolny M, Szafranko K. Leczenie raka jajnika w materiale Oddziału Ginekologiczno-Położniczego CSK MSW w Warszawie w latach 1990-1996. *Ginekol Pol*. 1997, 68 350.
- Lewandowski M, Marcinkowski Z, Windorbska W, [i wsp.]. Wyniki odległe w leczeniu skojarzonym złośliwych nabłonkowych nowotworów jajnika zdiagnozowanych w latach 1983-91 w województwie bydgoskim. *Ginekol Pol*. 1997, 68 331.
- Demeter A, Csapó Z, Szánthó A, [et al.]. A retrospective study of 27 ovarian tumor of low malignant potential. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2002, 23, 415-418.
- Schilder J, Thompson A, DePriest P, [et al.]. Outcome of reproductive age women with stage IA or IC invasive epithelial ovarian cancer treated with fertility-sparing therapy. *Gynecol Oncol*. 2002, 87, 1-7.
- Ayhan A, Celik H, Taskiran C, [et al.]. Oncologic and reproductive outcome after fertility-saving surgery in ovarian cancer. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2003, 24, 223-232.
- Kleine W. Results of fertility preserving operations in malignant ovarian tumors. *Zentralbl Gynäkol*. 1996, 118, 317-321.